CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE N° 77

DU

LYMPHADÉNOME DES OS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 21 Juillet 1888

PAR

Vialatte de Pémille

Né à Graulhet (Tarn), le 11 Novembre 1862

EX-INTERNE DE L'HOPITAL CIVIL D'ORAN, ALGÉRIE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER

IMPRIMERIE TYPOGRAPHIQUE Gustave FIRMIN

IMPRIMEUR-ÉDITEUR

DE L'ASSOCIATION GÉNÉRALE DES ÉTUDIANTS

Des Chroniques de Languedoc

de la *Revue Populaire de Médecine et de Pharmacie*

M DCCC LXXX VIII

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. CASTAN. . . . . DOYEN
GRASSET. . . . . ASSESSEUR

Professeurs

Physique médicale.	MM.	MOITESSIER (✻).
Médecine légale et toxicologie.		JAUMES.
Clinique chirurgicale.		DUBRUEIL (✻).
Chimie médicale et Pharmacie		ENGEL.
Hygiène.		BERTIN-SANS.
Clinique médicale		CASTAN.
Clinique médicale		GRASSET.
Physiologie.		LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie. . . .		L. DUMAS.
Clinique chirurgicale.		TEDENAT.
Opérations et appareils		GRYNFELTT.
Pathologie externe.		CHALOT.
Anatomie pathologique et histologie . . .		KIENER (✻).
Thérapeutique et matière médicale. . . .		HAMELIN (✻).
Clinique des maladies mentales et nerveuses (Ch. du cours)		MAIRET.
Anatomie (Chargé du cours).		GILIS.
Botanique et hist. nat. méd. (Ch. d. c.). .		GRANEL.
Pathologie interne.		N....

Doyen honoraire : M. BENOIT (O. ✻ ✻).

Profess. honor. : MM. MARTINS (O. ✻). DUPRE (O. ✻ C. ✻). CAVALIER (✻).

Chargés de Cours de Cliniques annexes

Clinique des maladies des enfants.	MM.	BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutanées. .		GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards . . .		MOSSÉ (✻). agrégé.
Clinique ophthalmologique		TRUC, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. CARRIEU	MM. BAUMEL	MM. FORGUE
MAIRET	VILLE	TRUC
BIMAR	GRANEL	GERBAUD
MOSSÉ (✻)	BOINET	GILIS
REGIMBEAU (✻)	BROUSSE	MALOSSE
BLAISE		

MM. GOT, *secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *secrétaire honoraire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. CHALOT, *président.*
GILIS, *professeur.*
BLAISE, *agrégé.*
FORGUE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A la mémoire vénérée de mon Père

A la meilleure des Mères

A MON ONCLE

Jules Vialatte de Pémille

A MON COUSIN

Jean Vialatte de Pémille

VIALATTE DE PÉMILLE.

A MON ANCIEN ET SAVANT MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MONDOT

EX-CHIRURGIEN DE LA MARINE

CHIRURGIEN A L'HOPITAL CIVIL D'ORAN

VIALATTE DE PÉMILLE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHALOT

VIALATTE DE PÉMILLE.

A TOUS MES MAITRES

A MES COLLÈGUES

A MES AMIS

VIALATTE DE PÉMILLE.

INTRODUCTION

Pendant notre internat d'Oran, nous avons eu la bonne fortune d'assister à une opération d'une tumeur pédiculisée sur le maxillaire inférieur et que nous avons tous, maîtres et internes, prise pour un sarcome. Notre diagnostic ne fut modifié que par la savante analyse histologique qu'en fit M. le professeur Lannegrace, sur la prière d'un de nos plus sympathiques maîtres, M. le docteur Seguy. C'était un lymphadénome que notre chef, M. le Dr Mondot avait enlevé. Nous nous mîmes alors à étudier le néoplasme de cette nature, et nous fûmes frappé de la diversité d'opinions qui existent au point de vue du traitement de ces tumeurs et surtout du procès que certains auteurs de pathologie externe et des plus autorisés, tels que Reclus, font à l'intervention chirurgicale, dans le traitement de ces tumeurs qu'ils regardent comme de véritables noli me tangere.

Notre malade portait un lymphadénome. Elle a été opérée. La guérison se maintient encore seize mois après, et nous avons cru bon, sur les conseils de M. le professeur Chalot, de publier notre observation et d'étayer sur elle notre thèse inaugurale.

Mais comme ce lymphadénome était pédiculisé sur le maxillaire inférieur et que les tumeurs osseuses de cette nature sont rares, puisque la littérature médicale française n'en relate que trois observations, nous nous sommes permis de faire l'historique du lymphadénome des os, de relater les observations publiées avant la nôtre, afin de pouvoir en déduire quelques conclusions.

Notre modeste travail comprendra deux parties :

Dans la première, nous ferons l'anatomie pathologigue du lymphadénome en général et ferons connaître les opinions successivement émises par les auteurs de pathologie externe sur le traitement de ces tumeurs.

Dans la seconde, nous exposerons brièvement l'historique du lymphadénome des os, nous ferons connaître son étiologie, son anatomie pathologique, son diagnostic, son pronostic, sa marche et son traitement ; et, après avoir rapporté les observations qui ont précédé la nôtre, nous la publierons avant de déduire quelques conclusions, tant au point de vue du lymphadénome en général que du lymphadénome des os en particulier, qui nous occupera spécialement.

Ici, qu'il nous soit permis de remercier notre ancien et éminent chef, M. le Dr Mondot, qui ne nous a pas ménagé pendant notre internat d'Oran le fruit de sa longue expérience.

Que M. le professeur Chalot reçoive aussi l'expression de notre gratitude pour les conseils qu'il nous a donnés dans l'édification de ce modeste travail; nous le remercions doublement, puisqu'il veut bien encore accepter la présidence de notre thèse ; nous lui en assurons une entière reconnaissance.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE

DU

LYMPHADÉNOME

DES OS

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On désigne sous le nom de *lymphadénomes* des tumeurs constituées par un tissu de nouvelle formation, ayant son analogue dans les ganglions lymphatiques, le tissu adénoïde de His ou tissu réticulé. Ces néoplasmes ont reçu des dénominations un peu différentes, rappelant toutes leur structure. Quelques auteurs les désignent sous le nom de lymphomes, d'autres les appellent lymphadénomes. Cette dernière dénomination paraît toutefois plus en rapport avec les faits, plus exacte comme nous le verrons plus loin; elle rappelle à la fois leur structure et la malignité qu'elles entraînent généralement.

Dans ce groupe anatomique rentrent, certaines productions morbides qui sont l'expression d'un état général grave ; nous voulons parler de la leucocythémie et de l'adénie. Dans ce cas il se fait des hypertrophies souvent très-considérables dans les ganglions lymphatiques. Ceux-ci deviennent volumineux; parfois plusieurs se fusionnent pour former une masse lobulée. Dans d'autres organes, foie, rate, rein, se développent sous la même influence de petites tumeurs qui ont été diversement interprétées. Ces productions rentrent dans le groupe des lymphadénomes, puisqu'elles reproduisent la structure du tissu adénoïde.

Avant d'aborder la description des lymphadénomes, il est bon de donner une description succincte du tissu réticulé qui les constitue.

Le tissu réticulé est aujourd'hui d'une étude assez facile, grâce aux nombreux perfectionnements que quelques histologistes, et notamment M. Ranvier, ont introduits dans la technique. Ce tissu peut être étudié dans le chorion de la muqueuse intestinale, les follicules clos, les corpuscules de Malpighi ou la rate. Mais l'organe que l'on doit de beaucoup préférer sont les ganglions lymphatiques de jeunes animaux, enfin les lymphadénomes eux-mêmes.

La meilleure méthode pour faire une étude suffisante de ce tissu consiste à plonger un ganglion lymphatique ou un fragment de la tumeur dans de l'alcool à 1/4 pendant 24 heures, puis pendant 24 heures encore dans une solution de gomme arabique à 40 p. 100 et de le mettre ensuite dans de l'alcool fort qui coagule la gomme. On débite le fragment obtenu en coupes très-minces qu'on laisse dégorger pendant 24 heures dans l'eau distillée et on passe ensuite le pinceau qui enlève les leucocytes; de sorte qu'il ne reste plus alors que le reticulum ou charpente.

Sur des préparations ainsi traitées, il est relativement facile

de reconnaître la structure du tissu réticulé. Les coupes paraissent sillonnées par un fin reticulum constitué par des fibrilles très délicates. Les points où les fibrilles s'entre-croisent, ou nœuds, sont plus larges et de forme généralement étoilée ; quelques uns possèdent un noyau, d'autres n'en possèdent pas. Les premiers sont les nœuds fertiles et leur noyau entre en prolifération quand il s'enflamme ; les autres sont les nœuds stériles. Pour quelques auteurs (Robin, Cadiat) le reticulum serait tout simplement formé par un élégant réseau de fibroplastes anastomosés par leurs pointes dans toutes les directions. Pour Ranvier, le réseau est constitué par de fines fibres conjonctives anastomosées et au niveau des nœuds se trouveraient des cellules plates de tissu conjonctif qui se mouleraient exactement sur eux : ce serait en quelque sorte un endothélium qui revêtirait le reticulum. Les mailles de ce reticulum sont comblées par des cellules lymphatiques qui sont si nombreuses qu'elles le masquent complètement. Le pinceau a eu pour effet de chasser ces éléments devenus peu adhérents, grâce à l'action de l'alcool à 1/3. Mais cette disposition est encore visible dans certains points de préparations que le lavage a épargnés.

Des capillaires parcourent ce tissu réticulé, et c'est de là que partent les fibres du reticulum. On voit aussi dans les préparations des traînées conjonctives qui servent de charpente, d'où part aussi le reticulum. Nous n'insistons pas sur la disposition de ces travées ; nous ne parlons pas non plus des follicules, ayant seulement en vue le tissu réticulé et non le ganglion lymphatique.

Description. — Les lymphadénomes sont des tumeurs de volume très variable, depuis un grain de chénevis jusqu'à une tête de fœtus. La nôtre avait le volume du poing d'un adulte. Elles sont souvent mal limitées dans les tissus ; la nôtre était cependant bien pédiculisée, saillante et bien séparée des tissus

voisins. Dans les ganglions lymphatiques elles peuvent n'être qu'une simple hypertrophie de ces organes. D'autres fois elles sont constituées par plusieurs ganglions fusionnés en une seule masse lobulée. Elles ont quelquefois l'aspect encéphaloïde, mais peuvent aussi avoir une consistance dure quand le tissu fibreux est très développé et l'emporte sur les cellules, quand les mailles qu'il forme sont très petites. Elles sont grisâtres, molles, avec des îlots rouges correspondant à des dilatations vasculaires ou à des hémorragies: Elles peuvent aussi présenter des parties qui sont devenues lardacées ou ont subi la dégénérescence caséeuse. Ces tumeurs donnent par le râclage un suc laiteux, abondant, comme dans le carcinome, ce qui augmente la difficulté de les distinguer à l'œil nu. Ce suc examiné au microscope est constitué par des cellules rondes : quelques unes ont le volume d'un leucocyte et possèdent un noyau ; d'autres, plus volumineuses, ayant de 20 à 30 μ, possèdent plusieurs noyaux. Dans les points rouge brun, ces cellules sont chargées de pigment sanguin à différents états de coloration. On voit aussi dans ce suc des cellules aplaties se montrant parfois de champ avec l'apparence fusiforme ; elles viennent parfois de la paroi des vaisseaux sanguins.

Le développement du lymphadénome demeure obscur : pour Wirchow, le tissu adénoïde naîtrait de la prolifération des cellules du tissu conjonctif : pour Cornil et Ranvier, il y aurait production antérieure d'éléments embryonnaires dont les uns s'organiseraient en reticulum, tandis que les autres resteraient en l'état et rempliraient les alvéoles.

Quoique plus fréquents dans certains, on les a vus se développer dans tous les tissus qui font partie de l'économie, et le tissu osseux lui-même, quoique les observations en soient rares, n'en est pas exempt.

CHAPITRE II

Le 14 août 1872, dans une séance à la Société de chirurgie, Panas disait, en parlant du lymphadénome : « Son étude est de date toute récente, bien des points restent encore obscurs, et pour quelque temps encore notre rôle principal devra consister à recueillir scrupuleusement les faits cliniques et anatomo-pathologiques, tels qu'ils se présentent à nous sans prétendre en tirer des déductions absolues. »

Et aujourd'hui que cette question a été maintes fois étudiée et est mieux connue, peut-on encore en déduire un traitement qui puisse satisfaire toutes les opinions? Nous ne pouvons, je crois, mieux faire que de rappeler ce que les auteurs des pathologies externes les plus récentes ont successivement écrit au sujet du traitement de la tumeur qui nous occupe.

Pour Jamain et Terrier, il semble que c'est au traitement purement médical qu'on doit s'adresser. Ces auteurs veulent qu'on administre, avec Wunderlich, les préparations iodées, avec Verneuil, le phosphore et les bains sulfureux. Mais pourquoi ajoutent-ils, s'ils croient réellement à l'efficacité du traitement interne, ces mots : *malheureusement, cette médication échoue le plus souvent, pour ne pas dire toujours.*

Quant au traitement chirurgical, ils rappellent, mais sans insister, et comme pour simple mémoire, la discussion qui s'est élevée à ce sujet à la Société de chirurgie entre Trélat et Verneuil. Le premier ne veut pas d'opération, sous prétexte qu'on ne possède pas de signes certains pour savoir si la lésion est encore locale ou s'est généralisée ; le second veut qu'on inter_

vienne au moins une première fois. C'est surtout, dit celui-ci, dans la forme à marche lente où les lésions semblent localisées, sans altération du sang ou de la rate, avec un état général encore bon, qu'il est permis de pratiquer une opération dans le but d'arrêter ou d'empêcher la marche fatale de l'altération ganglionnaire.

Ces auteurs font donc peu de cas du traitement médical et ne donnent pas leur manière de voir au sujet de l'intervention chirurgicale.

Les savants auteurs de pathologie externe, Poulet et Bousquet, ne semblent pas bien croyants à l'efficacité d'un traitement médical pour la guérison des lymphadénomes. Que lisons-nous, en effet, dans leur *Pathologie externe*, article lymphadénome, au traitement : « Les médications essayées contre le lymphadénome *ont une action incertaine ou nulle*. L'iodure de potassium aurait donné quelques succès, *mais c'est un agent bien inconstant*. L'arsenic, conseillé par Tholen, Billroth, Czerny, Winiwarther en Allemagne, à des doses croissantes produit un gonflement douloureux des tumeurs, qui diminuent ensuite, *et cependant son efficacité est douteuse*. Verneuil et Broadbent recommandent l'huile phosphorée (1 à 3 capsules de 1 milligramme par jour). Ils attribuent *une valeur relative* à cette méthode; mais pour d'autres chirurgiens, *ses inconvénients contre-balanceraient ses bénéfices hypothétiques*.

Messenger et Bradley (the Lancet 1875, t. II, p. 341), ont préconisé les injections interstitielles de teinture d'iode, à la dose de 5 à 10 gouttes ; Billroth, Tholen et Winiwarther ont expérimenté la liqueur de Fowler ; Luton, le bi-arséniate de potasse *sans résultats bien satisfaisants*.

Après l'énumération de tous ces traitements internes, dont la multiplicité est la principale preuve de leur inefficacité, Poulet et Bousquet devaient fatalement être amenés à se poser la question :

Peut-on extirper les lymphadénomes ?

Pour les partisans de la lymphadénie, disent-ils, ou diathèse lymphadénique, on ne supprime pas la maladie en enlevant une de ses manifestations. Panas, Verneuil, Humbert, conseillent d'enlever les lymphadénomes localisés, accessibles, quand la rate est saine et qu'il n'y a pas de leucocytémie. D'autres accusent l'opération d'activer la marche de la maladie : parmi ces derniers, il faut citer Tréfat. De nouveaux faits sont nécessaires pour élucider ce point encore bien obscur de la thérapeutique du lymphadénome. Ce qui reste acquis à la science, c'est que ces opérations ont eu quelquefois une utilité immédiate comme moyens palliatifs; quant à la cure radicale il faudrait peu compter sur elle. »

Ces auteurs, sans être très enthousiastes d'une intervention chirurgicale, sont loin de la repousser complètement et ordonnent de la pratiquer, faute de mieux, dans certains cas.

Avec la nouvelle *Pathologie externe* de Reclus, nous assistons à un revirement complet. C'est l'opinion de Jamain et Terrier qui renaît avec toute la force que peut lui prêter l'autorité d'un savant et jeune chirurgien. Dans sa *Pathologie externe* publiée en 1885, il repousse toute intervention chirurgicale. « Nous ne croyons pas, dit-il, que ceux qui font le lymphadénome justiciable du chirurgien puissent mettre à leur actif des succès bien durables : nous avons vu récidiver dans les six mois la plupart de ces opérés par nos maîtres. Le traitement médical est plus encourageant. » Suivent ensuite les divers traitements institués par les différents auteurs; auteurs et traitements déjà cités. Reclus semble donner la préférence à l'arsenic et surtout à la liqueur de Fowler.

Et, depuis 1885, son opinion sur le sujet qui nous occupe est toujours restée la même. Nous trouvons, en effet, dans une de ses cliniques, parue le 12 août 1887 dans la *Gazette hebdomadaire,* clinique qui a trait au traitement du lymphadénome :

« L'intervention chirurgicale semble jugée. J'ai vu enlever sept lymphadénomes par Verneuil, trois par Trélat, et, dans ces dix faits, la récidive survint sous nos yeux, de quelques jours à quelques semaines. Un malade de Bouilly est opéré en août ; en septembre, il est repris ; il est opéré de nouveau, et de nouveau le mal reparaît. Les Allemands n'ont pas été plus heureux : c'est ainsi que sur neuf opérés de Busch, un seul a survécu, pour succomber à une récidive, et il ajoute : aussi a-t-on renoncé à l'instrument tranchant. » Il donne toujours sa préférence à la liqueur de Fowler à haute dose.

Il semble tout de même que son enthousiasme pour l'arsenic n'est pas bien grand. Ne dit-il pas, en effet, dans cette même clinique : « *Plus tôt, plus tard, la mort arrive toujours du fait du lymphadénome, et je ne sais pas si en France, nous avons une observation bien nette, bien authentique de diagnostic précis où la guérison a été obtenue, soit par l'extirpation de la tumeur, soit par l'usage des médicaments internes.* »

Nous nous trouvons donc en présence d'opinions bien différentes sur l'efficacité de l'intervention chirurgicale dans le traitement du lymphadénome. Quoi qu'il en soit, nous nous permettrons de faire connaître notre observation de lymphadénome, ayant eu son point de départ dans le maxillaire inférieur. Et comme son pédicule était bien implanté sur le maxillaire inférieur, nous avons pensé, avec M. le Dr Mondot, que c'était bien là une tumeur ayant débuté dans le tissu osseux et que nous avions eu affaire à un lymphadénome des os. C'est pourquoi, dans les chapitres suivants, nous ferons l'historique des lymphadénomes développés dans le tissu osseux, nous énumérerons les observations qui ont été publiées avant la nôtre, et nous chercherons ensuite à déduire de notre modeste travail quelques conclusions, tant au point de vue du lymphadénome en général, que du lymphadénome des os, qui nous occupe ici principalement.

Nous demandons à nos Juges toute leur bienveillance et nous les prions de nous accorder leur indulgence pour ce travail, s'ils le trouvent écourté, une variole contractée dans le service de M. le professeur Grasset étant venue nous occasionner la perte d'un long mois.

CHAPITRE III

C'est Ranvier qui a eu l'honneur de faire connaître pour la première fois le lymphadénome des os. Une observation de M. Ledieberder, recueillie dans le service de M. Marjolin en 1866, lui en fournit l'occasion. En effet, on n'a qu'à se reporter aux bulletins de la Société anatomique de Paris (an. 1866, p. 399), pour bien se convaincre de la véracité de ce que nous avançons. En lisant le compte-rendu de cette discussion, on voit que les membres de la Société se trouvent en présence d'un fait nouveau dont la science jusque-là n'avait signalé aucun exemple.

Les avis furent partagés au sujet de cette nouvelle lésion osseuse : les uns la rattachèrent au cancer, d'autres au tubercule ; quelques uns en firent une simple ostéite chronique avec abcès métastatiques dans les viscères, et d'un commun accord la discussion fut ajournée, à cause de la diversité d'opinions.

Quelques mois plus tard, M. Ranvier vint éclairer la Société anatomique. L'examen des différentes pièces confirmait qu'on ne se trouvait nullement en présence du cancer du tubercule, encore moins d'ostéite, mais que le néoplasme était du tissu lymphatique développé dans les viscères et dans l'os iliaque et le fémur.

Quoique quelques Allemands semblent contester pour eux la priorité d'avoir décrit le lymphadénome des os, c'est à Ranvier que revient cet honneur. N'est-ce pas à cause de cette discussion que Kelsch, depuis professeur au Val-de-Grâce, disait, dans

le compte-rendu qu'il fit à la Société anatomique en juillet 1873 : « L'observation de M. Ranvier et la mienne restent donc encore les seules où l'on ait signalé la production du tissu lymphatique dans les os. Je tiens à le noter pour relever une erreur commise, sans doute par ignorance, par Neumann. »

Il nous semble toutefois que Kelsch est trop affirmatif sur cette question de priorité. En effet, M. Lannelongue en 1872, le 9 avril, recueillit dans le service de Denonvilliers à l'hôpital de la Charité, une observation dans laquelle il est question de la présence du tissu lymphoïde dans les vertèbres.

Cet aperçu historique nous montre donc que c'est en 1866 que le lymphadénome des os fut signalé comme une affection nouvelle et que les observations et communications publiées jusqu'en 1873 élucidèrent à peu près complètement la question au point de vue anatomo-pathologique.

Dans leurs livres d'anatomie pathologique, article *lymphadénome des os,* les professeurs, Laboulbène, Cornil et Ranvier ne rappellent que les observations précitées. Quant au côté clinique, les documents font complètement défaut. Nous n'avons découvert rien autre ayant trait à la lymphadénie osseuse dans la littérature médicale française. Après avoir fait, dans un chapitre spécial, l'étude clinique du lymphadénome des os, nous rapporterons les observations qui sont en notre possession. Nous ne pouvons mieux faire que de les emprunter à la thèse de M. Léopold Perrier, soutenue à Paris en 1884, et qui résume tout ce qui a paru sur ce sujet jusqu'à cette époque.

CHAPITRE IV

Nous ne voulons pas, dans ce chapitre, faire une œuvre d'imagination ; aussi prions-nous nos Juges de tenir compte du peu de données que nous offre la littérature médicale française sur ce sujet. Notre travail n'a qu'un but : être utile à ceux qui, plus heureux que nous, porteurs de cas plus nombreux, pourront mieux faire connaître l'étiologie, l'anatomie pathologique, le diagnostic, le pronostic et le traitement du lymphadénome des os.

ÉTIOLOGIE

On incrimine la dentition et la période d'accroissement du tissu osseux. Mais ne semble-t-il pas que les causes qui peuvent produire le lymphadénome des ganglions, telles que la misère physiologique et l'impaludisme (Bonfils), peuvent être accusées de produire aussi le lymphadénome des os ? Il y a toutefois une maladie générale qui prédispose à cette affection : c'est la leucocytémie. Quant à l'âge, on peut l'observer également dans la jeunesse et l'âge adulte. Le sexe féminin paraît toutefois plus souvent atteint : trois observations chez les femmes, une chez l'homme.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lymphadénome des os peut être sous forme de tumeur localisée, circonscrite, pédiculisée, ressemblant à s'y méprendre à l'ostéo-sarcome ; tantôt il est disséminé en nappe dans l'épaisseur de l'os. C'est à la première de ces deux variétés que nous avons eu affaire. C'est toujours le tissu adénoïde de His qui le constitue : stroma réticulé comblé de leucocytes.

SYMPTOMATOLOGIE

Il y a peu ou point de symptômes subjectifs ; mais il est évident que la tumeur grossissant occasionnera des symptômes fonctionnels selon son siège.

Ces tumeurs sont immobiles, adhérant fortement à l'os. Si elles sont infiltrées dans les os, leur consistance ne peut pas être appréciée. La peau ou les muqueuses ne s'ulcèrent pas du fait de la tumeur. Les ganglions ne sont pas envahis. La leucocytémie est le principal symptôme objectif.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic présente de sérieuses difficultés. Presque tous les chirurgiens ont pris les lymphadénomes pour des ostéo-sarcomes. Les douleurs provoquées et spontanées et la consistance différente de ces deux sortes de tumeurs peuvent seules donner des présomptions au clinicien. Dans l'ostéo-sarcome en effet il y a des douleurs spontanées et des douleurs provoquées ; dans les lymphadénomes, jamais. Quant à la consistance, celle du lymphadénome est beaucoup plus uniforme.

PRONOSTIC ET MARCHE

Le pronostic de cette affection est grave et sa marche semble beaucoup plus rapide chez l'enfant et plus terrible quand elle débute au milieu du tissu osseux.

Quant au traitement, nous ne pensons pas que des médications internes puissent résoudre ces tumeurs. Leur ablation s'impose chaque fois que la vie du malade se trouve compromise. L'opération n'est pas toujours fatale.

CHAPITRE V

OBSERVATION PREMIÈRE

(Par Ledieberder, service de M. Marjolin : examen histologique de M. Ranvier. Empruntée à la thèse de Léopold Perrier.)

Jeanne Mandour, âgée de 10 ans, malade depuis six mois, au dire de sa mère, entre dans le service, le 12 mai 1866.

Cette enfant est pâle et maigre. Elle présente une difficulté dans la marche qui, au premier abord, en impose pour une coxalgie. Il y a gonflement du pli de l'aine du côté droit. Les deux membres inférieurs ont sensiblement la même longueur apparente. Quoique la marche soit difficile quand la malade est au lit, l'articulation coxo-fémorale paraît complètement libre. Cela fait penser à une sacro-coxalgie. Mais, en explorant par le palper les fosses iliaques internes et externes du côté droit, on y découvre des tumeurs dures qui les remplissent complètement. La coexistence des tumeurs dans les deux fosses prouve qu'elles appartiennent à l'os. D'ailleurs l'état de la malade est peu satisfaisant ; elle s'affaiblit de jour en jour, quoique l'appétit reste bon jusqu'à la fin.

Huit jours avant la mort, on remarque que les pieds sont œdématiés. Cet œdème devient rapidement considérable et s'étend à la totalité des membres inférieurs et aux parois abdominales. Enfin la malade succombe au mois d'octobre.

La mère, interrogée sur les antécédents, affirme que sa fille n'a jamais eu ni glande au cou, ni ophtalmie, ni impétigo au cuir chevelu. Enfin, il n'existe chez elle aucun antécédent scrofuleux, et avant l'invasion de la maladie pour laquelle elle fut conduite à l'hôpital, elle jouissait d'une bonne santé.

La mère paraît d'une assez bonne constitution. Elle a eu deux autres enfants qui ont succombé à des maladies accidentelles, l'un du choléra, l'autre à une maladie aiguë de poitrine.

Autopsie (24 heures après la mort). — OEdème considérable des deux membres inférieurs et des parois abdominales. Il y a un peu d'ostéite. L'intestin est ballonné, distendu par des gaz. La veine cave inférieure est oblitérée jusqu'à la hauteur du foie. Les veines iliaques primitives, iliaque externe et hypogastrique du côté droit, offrent un développement énorme ; mais la veine fémorale a son volume normal. Les veines de l'utérus et de la vessie sont gonflées, mais ne contiennent pas de caillots. Dans la veine cave inférieure et dans la veine iliaque se trouve un caillot dur. Les veines iliaques gauches ont leur volume normal. Les veines du côté droit, dont le volume est augmenté, sont comprises dans un tissu lardacé qui remplit complétement la fosse iliaque interne. Ce tissu se produit au devant de l'articulation sacro-iliaque droite et remonte sur le côté droit de la colonne lombaire. Il est excessivement adhérent à l'os, et si on le déchire, il ne cède qu'en arrachant des portions osseuses. Vers l'arcade crurale, ce tissu cesse brusquement, et c'est justement en ce point que l'on voit les veines du membre inférieur reprendre leur aspect normal.

La fosse iliaque externe est également remplie de ce tissu lardacé. Il se prolonge dans le membre inférieur par ses parties postérieures et externes. Il enveloppe complétement l'articulation coxo-fémorale et se prolonge sur le fémur auquel il adhère

fortement. Ce tissu lardacé est dur à la coupe, d'une apparence fibro-cartilagineuse, jaunâtre par places comme celui qui, dans les vieilles tumeurs blanches, occupe la place des parties molles.

L'os iliaque est considérablement augmenté de volume au niveau des fosses iliaques. Il laisse échapper à la coupe une certaine quantité d'un liquide jaunâtre visqueux comme de la sérosité trouble, mais n'offrant pas les caractères du pus. De plus, sa densité varie suivant les points où on l'étudie. Très compact, en certains endroits cet os est très poreux en d'autres et là il paraît comme raréfié. Il présente des fongosités complétement analogues pour l'aspect aux fongosités des tumeurs blanches. Ces fongosités sont plus ou moins abondantes suivant que la substance osseuse est plus ou moins raréfiée. Elles forment en quelques points des masses assez considérables : elles sont molles, et leur surface est recouverte de ce liquide que nous avons précédemment décrit. La cavité cotyloïde paraissait intacte au premier abord ; une inspection plus attentive y fit découvrir une fausse membrane qui la tapissait presque en entier. Le cartilage est mat, jaunâtre ; il existe partout, excepté au fond, où le ligament interosseux n'est pas détruit. Il s'insère au fond de l'articulation sur une portion de tissu osseux raréfié, disposition qui se voit très bien sur la pièce débarrassée de ses parties molles.

Le tissu osseux étant mis à nu par la macération, on aperçoit les cavités qui remplissaient les fongosités dont nous avons parlé, ainsi que les épaississements et les raréfactions partielles du tissu osseux, que la coupe fraîche permettait déjà de distinguer. Dans les points où il est raréfié, de petits fragments sont complétement détachés et restent adhérents aux débris du tissu lardacé.

Dans les fosses iliaques, le tissu osseux apparaît sous forme

de lamelles très dures, primitives, d'aspect assez variable, qui piquent les doigts qui les pressent.

Le fémur présente à l'état frais un aspect un peu différent. Son tissu est mou et friable, son cartilage existe ; mais il est jaunâtre et mat. La coupe de l'os offre l'aspect de fromage de porc et est remarquable par ses vives couleurs. Le corps du fémur est plus gros qu'à l'état normal. On y trouve en divers points une sorte de végétation qui rendait la surface bosselée et irrégulière.

La moitié seule du fémur a pu être enlevée, les lésions s'étendaient au-delà de cette portion. A la partie supérieure, vers le grand trochanter, le tissu osseux est détruit et l'épiphyse trochantérienne est complètement séparée. Les vertèbres n'ont pas été examinées non plus que le sacrum, mais le tissu lardacé se prolongeait sur cet os, et il n'est pas douteux qu'ils n'eussent offert à l'examen des lésions analogues. Le sternum ne semblait être le siège d'aucune lésion.

Les muscles iliaques et psoas sont dégénérés et atrophiés par la compression exercée sur eux, de même pour la fesse. La rate était normale. Le foie présentait de petites collections sphériques, sur la convexité et le bord tranchant, prises pour des tubercules.

Les poumons présentaient des lésions qui paraissaient pouvoir être rapportées au tubercule. Les reins étaient indemnes. On pensa qu'il fallait rapporter ces différentes lésions au tubercule.

Examen microscopique, par M. Ranvier. — La tumeur des os du bassin nous frappa d'abord ; elle n'avait aucune analogie avec les différentes tumeurs des os que nous avons examinées précédemment. Aucune des descriptions données par les auteurs ne pouvaient non plus s'appliquer à cette production pathologique. Lorsqu'on pressait l'os coxal, on en laissait

sortir un suc abondant, blanchâtre et légèrement filant. Examiné au microscope, ce suc paraît contenir des cellules et des noyaux semblables à ceux que l'on trouve dans la lymphe et dans les alvéoles des ganglions lymphatiques.

L'extrémité supérieure du fémur détachée à l'aide de la scie présente des altérations analogues, avec cette différence qu'elles ne sont pas aussi avancées que dans l'os iliaque, et que la néoformation constitue des îlots arrondis, tranchant par leur couleur blanchâtre, sur le tissu spongieux resté normal dans le voisinage.

On obtient en pressant la tête du fémur un suc semblable à celui des os des îles. Dans le foie, les petites tumeurs signalées dans l'observation étaient assez régulièrement sphériques, du volume d'un petit pois, d'une coloration blanche légèrement translucide. Ces petites tumeurs avaient le même aspect dans toute leur étendue ; c'est dire qu'elles ne présentaient pas, comme les tubercules, un point caséeux à leur centre. Elles ne pouvaient pas non plus être prises pour des abcès, à cause de l'absence de modification du foie dans leur voisinage.

Par le râclage, elles donnaient un suc semblable à celui que nous avions obtenu des os. Ces productions pathologiques du foie étaient bien caractéristiques comme tumeurs leucémiques.

Nous fûmes dès lors conduit à penser que l'os iliaque et le fémur étaient envahis par des productions de même nature, et nous dirigeâmes l'observation dans ce sens.

Le caillot que renfermait la veine iliaque droite et la veine cave inférieure présentait une quantité énorme de globules blancs.

Notre hypothèse fut complétement vérifiée par l'examen des coupes, que nous fîmes par le procédé suivant : des portions d'os furent placées dans une solution d'acide chromique au cinq-millième, et au bout de quelques jours nous pûmes, à l'aide du rasoir, enlever de leur surface des tranches minces et

étendues que nous lavâmes au pinceau. Ce lavage a pour but de chasser la plupart des cellules qui encombrent les espaces médullaires. Nous pûmes alors voir un stroma réticulé des plus manifestes, imitant des mailles dans lesquelles étaient comprises quelques cellules. Les fibres du stroma étaient cylindriques, avaient de $0^{m},001$ à $0^{m}003$ de diamètre ; à leur jonction existaient des épaississements indurés évidents.

Cette description s'applique surtout à certains points de la préparation. Elle est, comme on le voit, en rapport avec la structure connue des ganglions, telle que His et Frey nous ont appris à l'étudier.

La production pathologique dont il est question est donc définie, surtout par l'existence d'un tissu spécial, tissu lymphatique, tissu adénoïde de His, constitué essentiellement par un stroma réticulé, comblé par des leucocytes. Les vaisseaux capillaires qui sillonnent ce nouveau tissu sont eux-mêmes revêtus d'une seconde tunique réticulée, dont les fibres sont en connexion avec celles du stroma.

La description, ajoute M. Ranvier, que nous venons de donner de ces tumeurs osseuses les éloigne absolument des productions tuberculeuses et syphilitiques des os. On ne saurait y voir non plus une forme d'affection cancéreuse.

CHAPITRE VI

OBSERVATION II

Lymphadénie osseuse. — Par M. Kelsch (juillet 1873).

J..., artilleur, âgé de 32 ans, entra au Val-de-Grâce, le 26 octobre 1872, au service des détenus. Le malade est atteint d'une anémie profonde ; il se plaint de douleurs vives à la tête, d'une fatigue et d'une faiblesse extrêmes. L'examen le plus minutieux ne révèle rien ni au tronc, ni aux membres, ni à la tête. Le palper abdominal donne la sensation de petites tumeurs faisant présumer une hypertrophie de quelques ganglions mésentériques. Le malade va en s'affaiblissant de jour en jour et, deux mois environ après son entrée à l'hôpital, il s'éteint dans le marasme.

Autopsie. — Rate hypertrophiée ; pas de leucémie, petites tumeurs grisâtres dans les reins, les ganglions mésentériques et la tunique intestinale.

Les os qui composent la boite crânienne ont une épaisseur double de celle qu'ils offrent habituellement. En outre, ils sont infiltrés d'une matière lymphoïde. Les vertèbres, les os plats et la portion spongieuse des os longs sont aussi infiltrés de matière lymphoïde.

CHAPITRE VII

OBSERVATION III

Empruntée à la thèse de M. Léopold Périer.

Anna Cousardon, âgée de 12 ans, entre le 1er mai 1884, à l'hôpital Cochin.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux, mère bien portante, deux sœurs mortes jeunes à la suite de fluxions de poitrine, deux frères vivants et bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie antérieure, pas d'antécédents de strume. La première dentition s'est faite régulièrement, sans aucun accident. Il y a trois mois, la gencive commença à se tuméfier au niveau des molaires supérieures gauches qui se carièrent les unes après les autres. Un médecin consulté à cette époque crut à de la périostite alvéolo-dentaire et plusieurs dents furent enlevées. Au lieu de céder à la suite de cette extirpation, les accidents s'aggravèrent: la tuméfaction gagna la voûte palatine du côté gauche, et la joue du même côté commença à proéminer d'une façon très notable, le tout sans douleur. Des incisions furent faites, qui ne donnèrent lieu qu'à un écoulement de sang et amenèrent une amélioration passagère. Mais bientôt la tumeur se reprit à grossir, et la malade vint un jour consulter à l'hôpital Cochin. Une incision faite au niveau de la face antérieure de la gencive ne donna

issue qu'à du sang ; l'interne de service émit l'opinion qu'il s'agissait d'un ostéo-sarcome, et ce diagnostic fut confirmé le lendemain par M. Théophile Anger.

État à l'entrée. — La malade est une grande fillette très bien développée, blonde, sans aucune trace de scrofule, un peu pâle. Elle paraît jouir d'une santé excellente, est très gaie, mange bien, n'a pas maigri le moins du monde depuis l'apparition de sa tumeur. Aucun symptôme n'attirait l'attention vers l'existence possible d'une leucocythémie ; on ne relève pas dans les antécédents de la malade l'existence d'épistaxis à répétition ni d'aucune autre hémorragie.

Le seul phénomène qui appelle l'examen des chirurgiens est cette tumeur du maxillaire supérieur qui a débuté il y a trois mois. C'est pour cela seul que la malade vient à l'hôpital, et comme elle n'a jamais souffert, c'est uniquement à cause de la déformation qui résulte du développement du maxillaire supérieur que la famille s'est décidée à consulter un chirurgien. On peut juger par là de la difficulté qu'on éprouva à décider les parents et la malade elle-même à une intervention chirurgicale, si peu en rapport en apparence avec les symptômes subjectifs.

La tumeur se présente avec les caractères suivants : Il existe au niveau du bord alvéolaire supérieur gauche une tuméfaction dure, résistante, uniforme, qui s'étend depuis la canine de ce côté jusqu'à la dernière molaire inclusivement. Les dents qui restent à ce niveau sont ébranlées, en partie cariées et entourées d'un tissu d'aspect fongueux, grisâtre, non suppurant. La tuméfaction empiète sur le côté gauche du palais osseux et refoule la face du même côté, de telle sorte que, n'était la coloration normale des téguments, on pourrait croire à l'existence d'une simple fluxion d'origine dentaire. Tout le maxillaire paraît donc envahi par cette tumeur, à laquelle il est difficile d'as-

signer des limites bien précises. Les téguments qui la recouvrent ne paraissent pas envahis ; la muqueuse buccale est très violacée et très vascularisée au niveau de la tumeur, mais elle a sa consistance normale et ne saigne pas aisément sous l'influence de frottements. Quant à la peau de la joue, elle est simplement soulevée par la tumeur ; elle a sa coloration normale et n'adhère en aucun point. Le canal nasal n'est pas comprimé, la narine du côté gauche est libre. La pression ne détermine de douleur en aucun point ; nulle part il n'existe de crépitation parcheminée, les ganglions sont indemnes ; en aucun point du corps il n'existe d'hypertrophie des ganglions lymphatiques.

Pas de troubles digestifs, pas de fièvre.

L'examen du sang et de la rate n'a pas été fait, tellement le diagnostic ostéo-sarcome du maxillaire supérieur paraissait évident. Pendant toute la durée de son séjour à l'hôpital, la malade n'a présenté aucun symptôme qui pût faire penser à de la leucocythémie ; elle a été soumise à des examens répétés, et personne n'a soupçonné qu'il pût s'agir d'autre chose que d'un ostéo-sarcome du maxillaire supérieur. Le 15 mai, on pratique la résection partielle du maxillaire à l'aide du bistouri et du thermo-cautère. La section de la tumeur osseuse est faite aisément à l'aide d'une pince de Liston. On n'est pas sûr de dépasser les limites de la tumeur qui, ainsi que nous l'avons dit déjà, sont difficiles à fixer. On enlève ainsi la plus grande partie du maxillaire supérieur, en respectant toutefois ses portions nasales et orbitaires. Pendant l'opération, la perte de sang est peu abondante.

L'hémostase est faite à l'aide de quelques ligatures et du thermo-cautère ; injections glacées, pas de tamponnement de la vaste cavité laissée par la résection partielle du maxillaire. Suture de la plaie cutanée dans toute son étendue. On prescrit

des injections glacées toutes les demi-heures et une surveillance attentive de la malade.

L'opérée paraît bien aller toute l'après-midi ; au dire de la sœur et de la surveillante, elle aurait jusqu'à trois heures, et malgré la défense faite, causé avec sa mère, qui était venue la voir. Vers 5 heures du soir, elle se plaint d'une grande faiblesse, et en quelques minutes, trois vomissements très abondants, presque exclusivement composés de sang noir, se produisent. On appelle l'interne de garde, qui constate une hémorragie en nappe par la plaie opératoire dans laquelle il enfonce un gros pinceau imbibé de perchlorure de fer. On pratique des injections répétées d'eau glacée mélangée de perchlorure de fer. A plusieurs reprises, malgré une surveillance attentive et un tamponnement aussi complet que possible, du sang s'écoule par la bouche en assez grande quantité. La malade fait d'ailleurs continuellement des mouvements de déglutition, et à deux ou trois reprises vomit du sang en quantité notable. Il est évident que malgré le tamponnement, l'hémorragie continue. La malade est dans un tel état de faiblesse qu'il est impossible d'obtenir d'elle la moindre réponse. Somnolence continuelle interrompue à de certains moments par une agitation extrême ; pendant ces crises, la malade pousse des cris inarticulés et comme hydrencéphaliques ; elle réclame constamment à boire. Le pouls est petit, incomptable ; les muqueuses absolument décolorées. M. Théophile Anger voit l'opérée à 8 heures ; à ce moment, l'anémie est à son comble ; cris continuels et inarticulés ; la malade se plaint de douleurs très-violentes dans le ventre ; elle rejette ses couvertures, est prise de convulsions. Le pouls se concentre de plus en plus. La mort est imminente. Dans ces conditions, on tente la transfusion comme dernière ressource. La malade meurt quelques instants après.

A l'autopsie, faite vingt-quatre heures après la mort par MM. Varnier et Lejars, avec l'aide de notre excellent collègue

Babinsky, on constate les lésions suivantes : Rien du côté du cerveau. Poumons sains, quelques adhérences pleurales à gauche. Cœur normal ; aucun caillot dans les ramifications de l'artère pulmonaire. Le foie ne présente rien de particulier à noter ni à la surface, ni à la coupe ; il pèse 1120 grammes, son tissu paraît sain. Les reins pèsent 60 grammes et sont d'apparence normale. Le tube digestif ne présente aucune lésion leucocytémique. L'estomac, dilaté, contient une grande quantité de sang liquide noirâtre. Pas de traces d'hypertrophies ganglionnaires. En aucun point du squelette, il n'existe de tuméfaction semblable à celle qui occupait le maxillaire. Du côté de cet os, nous n'avons pu voir quelles étaient les limites de la lésion ; il nous était expressément interdit de toucher à la face.

La rate est énorme, elle pèse 440 grammes. En présence de cette énorme hypertrophie de la rate, l'examen du sang s'imposait ; il fut pratiqué, séance tenante, par M. Babinsky, sur du sang recueilli dans les cavités droites du cœur. La préparation était farcie de globules blancs. La malade était incontestablement leucocythémique.

CHAPITRE VIII

OBSERVATION IV

(Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Dr Mondot, chirurgien à l'hôpital civil d'Oran (Analyse histologique due à l'obligeance de M. le professeur Lannegrace).

La nommée Campos (Dolores) est veuve, avec trois enfants, deux filles et un garçon en parfaite santé. Elle est âgée de 39 ans, et fait des ménages dans les familles. Son père est mort paralysé à l'âge de 65 ans ; sa mère est morte, nous dit-elle, parce qu'elle avait de l'eau dans le ventre. Elle ne peut nous renseigner sur la cause du décès d'un de ses frères, qui est mort à 40 ans.

Notre malade a été réglée à 11 ans, n'a jamais eu d'accidents strumeux et s'est toujours très bien portée. Il y a environ sept ans, elle a eu les fièvres intermittentes quand elle habitait une localité où elles sont endémiques, Saint-Denis-du-Sig.

La tumeur, qui aujourd'hui lui remplit la bouche, l'empêche de parler et de manger, a débuté par une bosselure au niveau de la partie interne de la branche horizontale du maxillaire inférieur du côté gauche, il y a environ cinq ans. A cette époque, elle sentait dans l'intérieur de l'os une douleur sourde qui, sans être très vive, l'agaçait beaucoup et qui n'a disparu que quelques mois après, quand une grosseur comme une pistache, très adhérente, a proéminé du côté de la bouche.

Depuis, la petite grosseur est allée en augmentant, se développant là où le champ était ouvert et refoulant les parties qui lui offraient le moins de résistance. Pendant que la tumeur se développait, la malade n'éprouvait aucune souffrance ; aussi, jamais ne s'en était-elle sérieusement inquiétée. Aujourd'hui même, elle vient réclamer notre intervention, à cause de la gêne qu'elle éprouve pour parler et manger, plutôt que déterminée par les souffrances qu'elle endure.

Nous constatons qu'il lui est impossible de parler et d'avaler, tout à fait impossible de joindre les deux lèvres. Les dents du maxillaire inférieur sont fortement déjetées en avant et séparées les unes des autres par la tumeur, qui les a désunies. Cette tumeur semble pédiculisée sur une assez grande surface (c'est l'impression que nous donnait l'examen au toucher rendu très difficile à cause du volume du néoplasme), dont le point de départ serait au niveau de l'angle interne de la branche gauche du maxillaire inférieur. Si la malade n'a le soin de le contenir dans la bouche, la partie antérieure fait saillie au dehors.

On croit au premier aspect que la langue est comprise dans la tumeur ; il n'en est rien. Elle est libre, pointue, déjetée du côté droit et tout à fait indépendante de la tumeur. Si l'on ordonne à la malade de la sortir, on la voit effilée, pointue, atrophiée, s'efforçant avec peine de se présenter à droite.

Au cou, les ganglions ne sont pas hypertrophiés, ni à l'aine.

La malade ne peut donc pas parler, elle ne peut qu'avaler des aliments liquides. Elle n'est pas cependant très affaiblie, et on la décide à se laisser opérer le 25 février 1887.

Opération. — Pour avoir du jour, on fait sur la lèvre inférieure une incision presque perpendiculaire, commençant à un centimètre environ en dedans de la commissure gauche et allant jusque sur le bord inférieur du maxillaire. Cette incision est continuée sur le bord du maxillaire inférieur jusqu'à la faciale,

qui est respectée. Des ligatures, au nombre de quatre, sont appliquées sur les artérioles qui donnent. Le lambeau supérieur de la joue est rabattu en haut, et nous permet alors de mieux voir la tumeur et de l'explorer avec beaucoup plus de fruit. Le pédicule ne nous paraît pas très volumineux, et comme la malade nous avait déclaré au préalable que de temps à autre de sa tumeur coulait beaucoup de sang, on se décide à se servir de l'écraseur de Chassaignac. Vingt-deux minutes sont nécessaires pour le comprimer et le détacher. Une hémorragie en nappe se déclare assez abondante. La surface d'implantation nous montre une surface osseuse formant godet; on la rugine et on la larde de pointes de feu.

Les incisives du maxillaire inférieur, fortement déjetées en avant et tremblotantes, sont enlevées.

Quand la plaie est détergée, on accole les deux incisions : la perpendiculaire avec trois épingles et des sutures entortillées, l'horizontale avec quatre points de suture. Un pansement antiseptique est mis sur la plaie.

On prescrit le plus grand calme ; la malade est placée dans un cabinet à part, près de la salle commune. On ordonne 0,80 centigrammes de sulfate de quinine.

26. — La malade a eu une bonne nuit avec sommeil, pas de fièvre. Le pansement antiseptique est refait. — Sprée phéniquée trois fois par jour.

27. — On refait le pansement.

La malade accuse un peu de douleur au niveau de l'insertion. Il y a en effet un elégère trace d'inflammation. — Bouillons et lait comme nourriture.

28. — Pas de pansement. Pas de souffrances. Inflammation légère au niveau de la lèvre inférieure.

1er mars. — L'inflammation a diminué. On enlève l'épingle du milieu de l'incision perpendiculaire ; la réunion s'est effectuée. Un point de suture de l'incision horizontale enlevé, les deux

parties se séparent. On les accole de nouveau avec une bandelette de taffetas d'Angleterre, et on panseaze à la giodoformée.

L'opérée n'accuse aucune souffrance et demande à manger. Comme on lui a défendu de parler, elle montre sa langue aux personnes qui lui demandent des nouvelles de son état. La langue s'étale, de pointue qu'elle était.

2. — Plus d'inflammation, pas de souffrances ; on enlève l'épingle inférieure.

3. — La troisième épingle est enlevée, et un point de suture: la réunion est faite.

4. — Le pansement n'est pas refait.

5. — On enlève le troisième point de suture.

6. — Pas de souffrances. Plus de pansement. Plusieurs fois par jour on met la cicatrice sous la sprée phéniquée.— Des aliments autres que les aliments liquides sont autorisés.

7. — On enlève le quatrième et dernier point de suture. La réunion est complète et parfaite sur l'incision perpendiculaire ; complète et parfaite au niveau de l'angle que formait l'incision perpendiculaire avec l'horizontale. Un léger entrebâillement cependant sur une longueur à peu près de un centimètre au niveau du point de terminaison de l'incision horizontale. C'est le premier point de suture enlevé.

Notre opérée accuse cependant une légère douleur au niveau du point d'implantation de la tumeur.

8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15. — La malade ne souffre plus. La cicatrice est parfaite et la malade quitte l'hôpital le 16 mars.

Maintes fois, depuis, nous avons eu l'occasion de revoir notre opérée, et comme notre intention était de faire de ce cas le sujet de notre thèse inaugurale, on comprend sans peine avec quel soin nous l'avons chaque fois examinée. Le néoplasme, un an après, n'avait aucune tendance à se reproduire, et les petites bosselures du maxillaire supérieur (dont nous parlerons dans

notre examen macroscopique de la tumeur) étaient restées stationnaires. Notre malade avait repris son travail.

M. le Dr Mondot qui, sur notre prière, a bien voulu l'examiner depuis que nous avons quitté l'Afrique, nous a assuré, dans une de ses lettres, que la guérison se maintenait, et que son opérée seize mois après l'extirpation du néoplasme jouissait de la meilleure des santés.

Examen macroscopique de la tumeur.

Trois parties la composent ; deux postérieures, une antérieure. Elle pèse 120 grammes. Je ne saurais mieux comparer les deux parties postérieures qu'à un cerveau minuscule dont un hémisphère, le droit, serait d'un tiers plus développé que le gauche, et cependant c'est à la base de l'hémisphère gauche que s'implante le pédicule.

Comme le cerveau, ces deux hémisphères sont séparés et mamelonnés ; la troisième partie fait suite à l'hémisphère droit ; moins volumineuse que les deux autres, elle a la forme d'une pyramide triangulaire, tenant au lobe droit par un côté de sa base. Elle est ulcérée en deux endroits, sans doute par le contact incessant des incisives supérieures. C'est ce troisième lobe qni empêche la malade de fermer la bouche et qui déborderait si la malade n'avait le soin de la maintenir.

Il n'est pas sans intérêt, maintenant que nous avons la description de la tumeur, d'étudier quel a été son mode de développement probable et nous osons dire certain. Cette étude nous servira à convaincre nos Juges et à répondre à l'objection qui nous sera sûrement faite : *le pédicule aurait du être examiné.*

Les tumeurs se développent le plus souvent là où elles trouvent de l'espace ; elles l'envahissent, et ce sont les tissus les

moins résistants qui sont les premiers envahis ou le vide. Ici nous avons eu l'os comme point de départ et un premier développement entre le maxillaire et la langue. Le néoplasme grossissant est venu buter contre la langue, qui n'a opposé qu'une résistance relative, repoussée qu'elle était contre la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, mais suffisante pour creuser un sillon à la partie inférieure du néoplasme. La tumeur prend alors une autre marche. L'espace lui est donné au-dessus de la langue et elle en profite pour se développer. Ce lobe devait être plus volumineux que le premier, relativement arrêté dans son développement. C'est ce qu'on constate en effet; mais le plancher buccal, le maxillaire inférieur et supérieur devaient donner une limite au néoplasme. Et en effet nous le voyons prendre une autre marche, se développer du côté où la résistance n'existe pas, c'est-à-dire à la partie antérieure de la bouche, où elle avait un champ ouvert. Le sillon s'explique par la pression qu'exerçaient de temps à autre les dents.

La tumeur développée dans le plancher buccal n'aurait elle pas soulevé la langue et aurait-elle eu cette marche ? Nous ne le croyons pas. D'ailleurs il y aurait eu d'autres ganglions hypertrophiés, et il n'y en avait pas.

Si l'examen de la tumeur et son étude raisonnée nous donnent une présomption de son point de départ, bien différentes et autrement concluantes sont les constatations que nous avons pu faire *de visu*. Dans le pédicule de la tumeur se trouvait du tissu osseux que malheureusement nous n'avons pu que macroscopiquement reconnaître, et ce pédicule s'implantait directement dans l'os.

N'est-ce pas à ce tissu osseux que nous devons la durée de 22 minutes de l'opération ? S'il n'y avait eu que du tissu lymphoïde, l'écraseur aurait opéré en moins de temps.

L'amygdale du côté gauche était saine, mais un peu atrophiée, à cause de la compression qu'elle avait eu à supporter.

Quand le jour fut fait, et maintenant encore que l'exploration de la bouche est rendue facile, nous constatons dans l'épaisseur de la voûte palatine et en deux endroits deux petites bosselures dures, indolentes, avec une muqueuse entièrement saine. Notre malade fait remonter le début de ces petites bosses à environ deux ans, et nous assure qu'au moindre coryza elle ne peut respirer de sa narine gauche.

Ne sommes-nous pas en droit de conclure que ces petites bosses au début sont de même nature que la tumeur que nous avons enlevée et sont réellement développées dans l'épaisseur de l'os, puisque d'un côté elles vont gêner la respiration nasale et de l'autre pointent dans la bouche ?

CHAPITRE IX

ANALYSE HISTOLOGIQUE

Due à l'obligeance de M. le professeur Lannegrace

Votre tumeur est un lymphadénome. Elle se caractérise par la transformation dite adénoïde du tissu conjonctif. Les fibres conjonctives forment en s'entrecroisant des espaces pleins de cellules lymphatiques. Les vaisseaux sanguins y sont abondants ; l'on voit de nombreuses artérioles et de nombreux capillaires sanguins. Au microscope, nous n'avons pas pu reconnaître la présence de capillaires lymphatiques.

La muqueuse elle-même a subi quelques changements. L'épithélium et les papilles se voient très nettement sur le bord superficiel de la coupe. La disposition de ces parties indique que la tumeur ne siégeait pas au-dessous de la face dorsale supérieure de la langue, mais bien sur les parties latérales de cet organe. En quelques points, les papilles dermiques se sont développées au point d'amincir un peu l'épithélium. En d'autres points plus nombreux l'épithélium s'enfonce un peu plus profondément qu'à l'état normal ; parfois même, certains globes épithéliaux se détachent de la pointe des prolongements ; il y a tendance à l'épithélioma. Mais celui-ci ne peut pas être considéré comme réalisé.

En réalité et en résumé, c'est le tissu conjonctif qui a subi ces modifications pathologiques essentielles. Voilà pourquoi nous avons appelé la tumeur *lymphadénome*.

En raison de l'abondance des cellules lymphatiques dans les mailles du tissu conjonctif, il y a lieu de redouter une récidive, si tous les tissus morbides n'ont pas été très exactement enlevés.

Signé :

Dr Lannegrage

CONCLUSIONS

Après l'observation que nous venons de citer n'est-on pas en droit de conclure :

1° Qu'il y a des lymphadénomes justiciables de l'intervention chirurgicale ?

2° Que l'opération est loin de donner toujours un coup de fouet à la diathèse lymphadénique et à activer la marche de la maladie, et partant la mort du malade?

Quant au lymphadénome des os, les observations précitées ne nous permettent-elles pas de tirer les conclusions suivantes :

1° Les lymphadénomes des os sont loin d'être toujours une tumeur de la jeunesse, comme le veut Léopold Périer, due à l'influence de l'accroissement du tissu osseux. Observation de l'artilleur de Kelsch, 32 ans ; notre observation, 37 ans ;

2° Ces tumeurs sembleraient alors se développer sous l'influence de la misère physiologique. L'artilleur de Kelsch était un détenu. Notre femme, une Espagnole de la plus basse classe. On sait dans quel état de misère sordide vivent les descendants pauvres de la riche Ibérie.

Chez notre sujet, toutefois, ne doit-on pas faire intervenir comme cause la fièvre intermittente ?

3° Les lymphadénomes des os se développent sans provoquer de douleurs spontanées ;

4° Il n'y a pas de douleurs provoquées ;

5° Ces tumeurs peuvent exister sans que, le plus souvent, les ganglions lymphatiques qui pourraient en faire reconnaître leur nature soient hypertrophiés ; aussi sont-elles toujours prises pour des sarcomes.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Ranvier. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1866.

Lannelongue. — Gazette des hôpitaux, 1872, production lymphoïde dans la plèvre, le foie, la rate et le corps des vertébrés.

Kelsch. — Bulletin de la Société anatomique de Paris, 1872-1875.

Laboulbène. — Nouveaux éléments d'anatomie pathologique.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique. (Lymphadénome des os).

Léopold Périer. — Thèse de Paris, 1884.

Reclus. — Pathologie externe.

INDICATION DES MATIÈRES

Anatomie pathologique ; lymphadénome en général.	Chapitre Ier.
Opinions différentes des auteurs sur son traitement	Chapitre II.
Historique du lymphadénome des os	Chapitre III.
Son étude clinique.	Chapitre IV.
Observations antérieures	Chapitre V, VI, VII.
Observation personnelle.	Chapitre VIII.
Analyse histologique	Chapitre IX.
Conclusions	Chapitre X.

Vu bon a imprimer :
Montpellier, le 13 juillet 1888.
Le Recteur de l'Académie
Correspondant de l'Institut :
G. CHANCEL.

Vu permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juillet 1888.
Le Doyen,
A. CASTAN.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !